



**УРЖ**

*Український  
Радіологічний  
Журнал*

Додаток **1** 2016

**ХІІІ З'ЇЗД  
ОНКОЛОГІВ ТА РАДІОЛОГІВ УКРАЇНИ  
(матеріали з'їзду)**

**26–28 травня 2016 р., м. Київ**

*МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ НАУК УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ*

*ХІІІ З'ЇЗД  
ОНКОЛОГІВ ТА РАДІОЛОГІВ УКРАЇНИ  
(матеріали з'їзду)  
26–28 травня 2016 р., м. Київ*

*Київ 2016*

## ЗМІСТ

Епідеміологія злоякісних новоутворень, організація протиракової боротьби та скринінгу .....	4
Оптимальні принципи морфологічної діагностики.....	10
Злоякісні новоутворення голови, шиї та лорорганів .....	19
Торакальна онкологія.....	33
Діагностика, лікування та профілактика раку грудної залози .....	49
Абдомінальна онкологія: злоякісні пухлини шлунка; підшлункової залози та печінки; онкопроктологія .....	66
Онкоортопедія .....	94
Онкодерматологія.....	101
Онкоурологія .....	108
Онкогінекологія.....	121
Онкогематологія .....	138
Злоякісні новоутворення у дітей.....	146
Актульні питання анестезії та аналгезії в онкології .....	153
Хіміотерапія солідних пухлин .....	155
Променева діагностика, променева терапія, ядерна медицина .....	165
Фундаментальні аспекти сучасної онкології.....	189
Онкопатологія центральної нервової системи .....	214
Перспективи, проблеми освіти в онкології.....	219
Паліативна допомога .....	222
Реабілітація та проблеми якості життя онкологічних хворих .....	223
Різне.....	227

показав, що загальна виживаність хворих з СРМПВ менше 100 мм була вищою, ніж у випадках більше 100 мм.

**Висновки.** СРМПВ зворотно пропорційно корелює з прогнозом як безрецидивної, так і загальної виживаності хворих на метастатичний РМЗ.

## Опыт внедрения и развития онкопластической хирургии рака молочной железы в условиях специализированного центра

*Жигулин А.В., Палица В.Я., Дмитренко О.А.,  
Бондаренко В.В., Винницкая Д.К., Винницкая А.Б.,  
Бернштейн Г.Б.*

*LISOD — Больница Израильской Онкологии, г. Киев*

**Введение.** Органосохраняющая онкопластическая хирургия (ОСОХ) рака молочной железы (РМЖ) с последующей радиотерапией доказала свою эффективность и безопасность не только в эстетическом, но и в онкологическом плане. Представлен опыт Центра Современной Маммологии (ЦСМ) Больницы израильской онкологии LISOD, организованного в 2008 г. согласно критериям EUSOMA.

**Материалы и методы.** Все пациенты обсуждались на междисциплинарном онкологическом консилиуме согласно международных стандартов. При удалении опухолей до 20% от объема железы доступы и формирование лоскутов планировались с учетом принципов редукционной маммопластики и мастопексии. При удалении большего объема использовались привнесенные ткани с боковой грудной, брюшной стенки, либо торакодорсальный лоскут. Представлены внутренние алгоритмы выбора операций. У всех больных применялась цветовая маркировка и исследование края резекции удаленного препарата. Проводилась фотофиксация всех пациенток на всех этапах лечения.

**Результаты.** 2007- 12.2015 в ЦСМ выполнено 352 ОСОХ операции у 345 пациенток с РМЖ. Средний возраст составил 52(22-85) г, средний размер опухоли — 3,2(0,6-15) см, средний вес удаленного препарата — 107,8(5-1034) г. Двусторонние опухоли были у 6 (1,7%) пациенток. Терапевтические маммопластики применены в 115(32,7%) случаях, значительные паренхиматозные ротации — в 36(10,2%), привнесение ткани извне молочной железы — в 85(24,1%), симметризирующие операции — 27(7,8%). Аксилярная лимфаденэктомия выполнена в 150(42,6%) случаях, биопсия сигнального лимфоузла — в 229(65,1%). Опухоль в крае резекции выявлена у 14(3,9%) пациенток. Уровень ранних осложнений составил 24,4%. Отдаленные результаты отслежены у 291(84,3%) пациентов на протяжении 35,2(6-103) месяцев. Местные рецидивы выявлены у 7(1,9%), системные — у 32(9,2%) и 18(5,2%) пациенток умерло.

**Выводы.** ОСОХ в условиях специализированного ЦСМ является оптимальным вариантом в комплексном лечении РМЖ, позволяет обеспечить радикализм лечения без ущерба для эстетического вида молочной железы и улучшить качество жизни пациенток. Планирование онкопластических операций должно проводиться одновременно с разработкой общего плана онкологического лечения и реабилитации.

## Одномоментная реконструкция в комплексном лечении рака молочной железы в условиях специализированного центра

*Жигулин А.В., Палица В.Я., Дмитренко О.А.,  
Бондаренко В.В., Винницкая Д.К., Винницкая А.Б.,  
Бернштейн Г.Б.*

*LISOD — Больница Израильской Онкологии, г. Киев*

**Введение.** Реконструкция молочной железы является неотъемлемым этапом в лечении рака молочной железы (РМЖ). Представлен опыт Центра Современной Маммологии (ЦСМ)

Больницы израильской онкологии LISOD, организованного в 2008 г. согласно критериям EUSOMA.

**Материалы и методы.** Все пациенты обсуждались на междисциплинарном онкологическом консилиуме согласно международным стандартам. При отсутствии прямых противопоказаний (инфильтративно-отечная форма РМЖ) всегда предлагалась коже- или сосоксохраняющая мастэктомия с одномоментной реконструкцией (ОР). Вариант операции — с использованием аутологичного лоскута (TRAM, торакодорсальный (ТДЛ)), импланта (1 или 2-этапная) или сочетания лоскута с имплантом, выбирался с учетом клинической ситуации и пожелания пациентки. Представлены внутренние алгоритмы выбора операций. Проводилась фотофиксация пациенток на всех этапах лечения.

**Результаты.** 2007- 12.2015 в ЦСМ выполнено 125 ОР 102 пациенткам. Средний возраст составил 49(29-71) л, средний размер опухоли — 4,9(0,4-12)см, средний вес удаленного препарата — 468,6(96-2136)г. Двусторонние операции выполнены 21(20,6%) пациенткам. Одноэтапные реконструкции имплантом выполнены в 53(42,4%) случаях, двухэтапные — в 48(38,4%), TRAM — в 4(3,2%), ТДЛ — в 9(7,2%), ТДЛ + имплант — в 8(6,4%). В 22(17,6%) случаях применялся ацеллюлярный дермальный матрикс, в 8(6,4%) — синтетическая сетка. В 31(24,8%) случаях выполнялась кожередукционная мастэктомия, в 40(32%) — сосоксохраняющая. Аксилярная лимфаденэктомия выполнена в 47(37,6%) случаях, биопсия сигнального лимфоузла — в 56(44,8%). Уровень ранних осложнений составил 33,6%, было удалено 9(12,1%) имплантов. Отдаленные результаты отслежены у 88(86,3%) пациентов на протяжении 31,1(4-77) месяцев. Местные рецидивы выявлены у 1(0,9%), системные — у 14(13,7%), и 5(4,9%) пациенток умерло.

**Выводы.** ОР молочной железы при необходимости мастэктомии должна всегда предлагаться пациенткам с РМЖ, при отсутствии прямых противопоказаний. Этот метод позволяет значительно повысить качество жизни пациенток при обеспечении радикальности лечения. Планирование операций должно проводиться одновременно с разработкой общего плана лечения и реабилитации.

## Циторедуктивні операції в лікуванні деструктивних форм пухлин молочної залози

*<sup>1</sup>Завісін В.Ф., <sup>1</sup>Мастиалер В.Є., <sup>2</sup>Чебанов К.О.,  
<sup>2</sup>Баранов І.В., <sup>2</sup>Малюк Ю.Ю., <sup>2</sup>Бессєдін О.М., <sup>2</sup>Пундик Г.М.,  
<sup>2</sup>Кудрявцев А.С., <sup>2</sup>Білозорова А.К., <sup>2</sup>Кирилова Л.А.,  
<sup>2</sup>Діба І.М., <sup>1</sup>Артюшенко Л.Т., <sup>2</sup>Андрющенко С.В.*

*<sup>1</sup>ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»*

*<sup>2</sup>КЗ «Міська багатoproфільна клінічна лікарня №4  
Дніпропетровської обласної Ради»*

Як внаслідок природньої історії пухлинного процесу у нелікованих хворих, так і внаслідок неконтрольованого розвитку раку молочної залози (РМЗ) у жінок, що лікуються з приводу метастатичних форм хвороби в багатьох випадках пухлини мають деструктивні прояви. Одним з паліативних методів лікування таких хворих є циторедуктивні операції (ЦРО).

**Мета роботи.** Проаналізувати власний досвід застосування ЦРО з приводу деструктивних форм РМЗ.

**Матеріали та методи.** За період з 2000 по 2015 рр у відділенні гнійно-септичної хірургії КЗ МКЛ №4 проведено 71 ЦРО, серед яких — 65 мастектомій, 6 — некретомій з елементами циторедукції. У 11 з них в доопераційному періоді виконана хіміоемболізація з приводу кровотечі з розпаду пухлини або загрози кровотечі. Середній вік хворих склав 56 років. Усі хворі були розглянуті на онкологічному консилиумі.

**Результати та обговорення.** Серед прооперованих хворих у 69 був РМЗ, у 1 — злоякісна фіброзна гістіоцитома та у 1 — занедбана листовидна пухлина.

У 20 хворих рани були закриті переміщеними шкірно-жировими клаптями з черевної стінки, у 32 — рани були зашиті наглухо, у решти — загоєння вторинним натягом. Використо-

увалося активне дренування ран з застосуванням вітчизняної системи «Сільфон». Середній ліжко-день склав 13,3. В післяопераційному періоді померло 3 хворих: 1 — від гострого інфаркту міокарду, 1 — від гострої легеневої недостатності та 1 — від гострої постгеморагічної анемії внаслідок ДВС-синдрому. 67 хворих після операції продовжили протипухлинну терапію.

**Висновки.** ЦРО є операціями вибору при деструктивних формах РМЖ. Виконання ЦРО дозволяє соціально адаптувати хвору, позбавляє ускладнень пухлинного процесу, які загрожують життю, та дає змогу продовжити протипухлинне лікування.

## Особенности локальных рецидивов при первичнооперабельном раке молочной железы

*Запужляк В.И., Терзийский М.В., Огородник Ю.Ю.*

*Областной онкологический диспансер, г. Николаев*

В НООД с 2005 по 2015 гг. проанализировано 3560 историй болезней. Выявлено 87 пациенток с рецидивом РМЖ, которые разделены на 2 группы: 1 гр. (60 п.)—пред или послеоперационной лучевой терапией, 2 гр. (27 п.)—без лучевой терапии. Объем операций в 1 группе: секторальная резекция—5, радикальная квадрантэктомия—24, радикальная мастэктомия—23 (по Холстеду—1, по Пейти—6, по Маддену—16, простая—3), подкожная мастэктомия с пластикой—4. Во 2 группе: секторальная резекция—2, радикальная квадрантэктомия—4, радикальная мастэктомия—15 (по Холстеду—1, по Пейти—7, по Маддену—10, простая—3), подкожная мастэктомия с пластикой—3. По стадиям 1 группа: 1–13 (21,6%), 2А–23 (38,3%), 2Б–10 (16,7%), 3А–10 (16,7%), 3Б–4 (6,7%). 2 группа: 0–(TisN0M0)—2 (7,4%), 1–14 (51,8%), 2А–6 (22,2%), 2Б–3 (11,1%), 3А–2 (7,4%). Во 2 группе преобладают начальные стадии РМЖ (0–2А)—81,4%, а в 1 группе—60,0%. Гистологические формы: cancer in situ—2 (2,3%), инвазивный протоковый рак—59 (68,6%), инвазивный дольковый рак—10 (11,5%), смешанный рак—10 (11,5%), нет данных—6 (6,8%). Время до появления рецидива составило от 6 мес. до 20 лет. В 1 гр. до 5 лет рецидив диагностирован в 40 случаях (66,7±5,9%), а во 2 гр. 23 (85,2±6,8%). Максимальное количество рецидивов во 2 гр. реализовались в 1–2 года, а в 1 гр. — 3–4 года. Наиболее частая возрастная группа 41–50 лет — 36 (41,3%). Появление отдаленных метастазов и рецидива наблюдалось у 10 (11,5%) пациенток. Всего выполнено 92 операции: удаление оставшейся молочной железы—38 случаях, иссечение послеоперационного рубца—32 (3—с резекцией ребер), секторальная резекция—18, подкожная мастэктомия с пластикой—4.

**Выводы.** После РМЭ частота локальных рецидивов не зависит от проведенной лучевой терапии (3,5%—без ЛТ и 3,25% с ЛТ). Частота возникновения локальных рецидивов после ОСО составила без лучевой терапии —7,4% и 3,3% с лучевой. До 5 лет реализуется большинство локальных рецидивов (79,4%). В случае рецидива РМЖ основной метод лечения комплексный (хирургический+лучевая и химиотерапия).

## Соотношение экспрессии ER PR HER2 Ki67 в трепан-биопсиях и операционном материале рака молочной железы после неоадьювантной полихимиотерапии

*Захарцева Л.М., Аникусько Н.Ф., Нейман А.М., Катеринич А.А., Дятел М.В., Захарцев Ю.О.*

*Киевский городской клинический онкологический центр*

**Вступление.** Рак молочной железы многие годы занимает первое место в структуре онкологических заболеваний женщин в Украине. Несмотря на большие успехи в лечении рака молочной железы, остается еще много проблем. В настоящее время довольно широко используются неоадьювантная полихимиотерапия с учетом прогностических факторов, определяемых по материалах трепан-биопсии опухолей. После прове-

денного лечения экспрессия рецепторов ER PR HER2 Ki67 в операционном материале может меняться.

**Актуальность.** Оценка состояния опухоли более информативна в операционном материале, так-как исследуется больший объем биологического материала. Однако при планировании неоадьювантной полихимиотерапии для ее персонализации необходима информация о возможной чувствительности в тому или иному лечению. Данная работа посвящена изучению изменений экспрессии ER PR HER2 Ki67 в материале трепан-биопсии опухоли и в операционном материале после проведенного неоадьювантного лечения.

**Материалы и методы исследования.** Проведено исследование экспрессии ER PR HER2 Ki67 трепан-биопсии и операционного материала 68 пациенток проходящих лечение в Киевском городском клиническом онкологическом центре с 2005 по 2015 г. в возрасте от 23 до 65 лет. Использовались методы: гистологический, иммуногистохимический: ER (1D5) PR (636) Her-2/neu (CB11) Ki67 (MIB-1).

**Результаты.** В 11% случаев после неоадьювантной полихимиотерапии снизился индекс пролиферации (Ki67) в операционном материале по сравнению с трепан-биопсией. Уровень экспрессии рецепторов стероидных гормонов увеличился в 48% случаев В 8% случаев в операционном материале не обнаружена экспрессия PR, в 6% ER. Статус HER-2(neu) изменился в 4% случаев.

**Выводы.** Уровень экспрессии рецепторов ER PR HER2 Ki67 может меняться на фоне проведения неоадьювантной полихимиотерапии. С учетом обнаруженных изменений целесообразно проводить исследование рецепторов ER PR HER2 Ki67 в трепан-биопсией, а также в операционном материале после неоадьювантной химиотерапии, что позволит корректировать и индивидуализировать адьювантное лечение пациентов.

## Оптимізація неоад'ювантного лікування хворих на первинно неоперабельний рак грудної залози

*Іванкова О.М.*

*Національний інститут раку, м. Київ*

**Вступ.** Невпинне зростання захворюваності на рак грудної залози (РГЗ) та смертності від даної патології, незважаючи на використання мамографічного скринінгу та сучасних методів лікування, потребує нових підходів до рішення цієї важливої проблеми.

Щороку у понад 20% хворих на момент встановлення діагнозу реєструють місцево поширені РГЗ, які часто є первинно неоперабельними. На першому етапі їх лікування є доцільним застосування хіміопроменевої терапії (ХПТ). Для підсилення променевого впливу на пухлину та подолання первинної і набутої резистентності злоякісних клітин використовують радіомодифікатори. Одним із таких є тегафур, який завдяки впливу на механізми репарації ДНК та синхронізації клітинного циклу, має здатність посилювати променево-деструкцію пухлинних клітин.

**Мета.** Підвищення ефективності неоад'ювантного лікування хворих на місцево поширений первинно неоперабельний РГЗ шляхом подолання резистентності та підсилення контролю над пухлиною.

**Матеріали та методи.** У дослідження було включено 101 хвору на первинно неоперабельний РГЗ від 45 до 72 років з ІІ–ІІІ стадіями захворювання, у яких не було зафіксовано позитивного ефекту після проведення 4-х курсів неоад'ювантної поліхіміотерапії на основі антрациклінів. 51 пацієнтці контрольної групи проведено курс дистанційної променевої терапії (ПТ) за традиційною методикою, 50 пацієнткам основної групи ПТ була доповнена використанням радіомодифікаторів (фторпіримідинів). Застосовувався цитостатичний препарат тегафур (перорально 800 мг вранці і 400 мг ввечері протягом усього курсу ПТ), всім хворим проводилась відповідна терапія супроводу.

**Результати.** Ефект від цитостатичної терапії, за даними моніторингових досліджень, був більш вираженим у хворих